

Lukning af bugvæggen efter laparotomi

LEDER

Nadia A. Henriksen

Ugeskr Læger
2018;180:V69734

Laparotomi er en hyppigt udført kirurgisk procedure, som er forbundet med postoperative sårkomplikationer og udvikling af arbrok. Patientrelaterede risikofaktorer som rygning og overvægt øger risikoen for sårinfektion og arbrok, men den kirurgiske teknik spiller også en rolle. Når bugvæggen skal lukkes efter laparotomi, skal kirurgen tage stilling til suturtypen og sutureringsmetoden. Suturen kan være flettet (multifilament) eller glat (monofilament) og have forskellig resorptionstid (hurtig, langsom eller nonresorberbar). Man kan suturere med enkeltknuder eller kontinuerligt, stingene kan være af varierende størrelse, og man kan vælge at medtage alle bugvæggens lag (fascie, muskel, peritoneum) i sutureringen eller kun selve aponeurosen. Hver af disse faktorer kan muligvis have betydning for udvikling af sårkomplikationer og arbrok. Dette undersøges detaljeret i et nyligt publiceret Cochranereview af *Patel et al* [1], som er baseret på data fra 55 randomiserede kliniske studier, hvor metoder til lukning af fascien med arbrok som primært endemål efter 12 måneder undersøges.

I Cochranereviewet sammenlignede man suturernes resorptionstid og fandt ingen forskel på forekomsten af arbrok ved brug af nonresorberbar, langsomt resorberbar eller hurtigt resorberbar sutur. Dog fandt man, at brug af nonresorberbar sutur var forbundet med en højere risiko for udvikling af fistler til huden. Lukning af fascien med kontinuerlig suturering versus enkeltknuder og inklusion alle lag i suturen versus selve aponeurosen havde heller ingen betydning for udvikling af arbrok og sårkomplikationer. Til gengæld fandt man, at anvendelse af en glat sutur fremfor en flettet sutur nedsatte risikoen for arbrok (relativ risiko: 0,76; 95% konfidens-interval: 0,59-0,98), hvilket fremhæves i konklusionen. Det bør dog nævnes, at de glatte suturer i de inkluderede studier var enten nonresorberbare eller langsomt resorberbare, og den flettede sutur var hurtigt resorberbar. Spørgsmålet er altså, om det er suturens glatte overflade eller den lange resorptionstid, som er årsag til færre arbrok ved brug af en glat sutur.

I tidligere publicerede metaanalyser har man inkluderet stort set de samme randomiserede kliniske studier som i Cochranereviewet og har fundet, at forekomsten af arbrok blev nedsat, hvis man benyttede en langsomt resorberbar sutur. Årsagen til diskrepansen mellem Cochranereviewet og de tidligere metaanalyser kan være, at man i Cochranereviewet kun har analyseret data fra studier, hvor man har anvendt forskellige suturer med samme sutureringsmetode og vice versa. I modsætning til dette har *Diener*

et al [2] sammenlignet kontinuerlig suturering med en langsomt resorberbar sutur med enkeltknudeteknik og en hurtigresorberbar sutur, og de fandt færre arbrok ved anvendelsen af langsomt resorberbar sutur. Det er dog svært endeligt at konkludere, om forskellen i forekomsten af arbrok skyldes selve suturen eller teknikken.

I Cochranereviewet har man desværre ikke inkluderet studier, hvor man sammenlignede de metoder, der i engelsksproget litteratur omtales som *small bites*- og *large bites*-teknik. Ved *small bites*-teknik anvendes en langsomt resorberbar sutur, som sutureres kontinuerligt med 0,5 cm mellem stingene 0,5 cm fra fasciekanten og kun indeholder fascievævet. Ved denne teknik opnås en sutur til sårlængde-ratio på mere end fire. Teknikken betegnes også ad modum Israelsson efter den svenske kirurg, som i flere retrospektive serier og et randomiseret klinisk studie har påvist, at metoden nedsætter forekomsten af arbrok nævneværdigt [3]. Dette er for nylig blevet bekræftet i et stort hollandsk randomiseret multicenterstudie [4], og det er den anbefalede metode fra det europæiske hernieselskab til at nedbringe antallet af arbrok [5].

»Closing time is coffee time« siges det blandt kirurger, og det er netop udfordringen, når bugvæggen skal lukkes. Sårruptur og arbrok er alvorlige postoperative komplikationer, som kan nedbringes væsentligt, hvis der benyttes tilstrækkelig tid og omhyggelighed ved lukning af bugvæggen. At lukke bugvæggen ad modum Israelsson tager lidt længere tid end med andre metoder, men det er også den bedst beskrevne metode til nedsættelse af antallet af arbrok, selvom den desværre ikke evalueres i Cochranereviewet.

LITTERATUR

1. Patel SV, Paskar DD, Nelson RL et al. Closure methods for laparotomy incisions for preventing incisional hernias and other wound complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11:CD005661.
2. Diener MK, Voss S, Jensen K et al. Elective midline laparotomy closure: the INLINE systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2010;251:843-56.
3. Millbourn D, Cengiz Y, Israelsson LA. Effect of stitch length on wound complications after closure of midline incisions: a randomized controlled trial. *Arch Surg* 2010;144:1056-9.
4. Deerenberg EB, Harlaar JJ, Steyerberg EW et al. Small bites versus large bites for closure of abdominal midline incisions (STITCH): a double-blind, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2015;386:1254-60.
5. Muysoms FE, Antoniou SA, Bury K et al. European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions. *Hernia* 2015;19:1-24.

KORRESPONDANCE:

Nadia A. Henriksen, Kirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge. E-mail: nadiahenriksen@gmail.com

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk